Lane Medical Library

Aus der Kinderambulanz der Universität zu Bonn.

Ueber
idiopathische chronische Peritonitis
(Peritonitis serosa)
im Kindesalter.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

bei der

hohen medizinischen Fakultät

der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Bonn

eingereicht von

Hans Broeking

aus Bad Soden.

BONN 1890.

Buch- und Steindruckerei Joseph Bach Wwe.

Meinem langjährigen Vormunde

Herrn Dr. M. Fresenius

zu Bad Soden

als Zeichen bleibender Verehrung und Dankbarkeit gewidmet.

Während die ältere Medizin die Möglichkeit einer idiopathischen, chronisch oder subakut verlaufenden Peritonitis anerkannte und Erkältung als die häufigste Ursache derselben annahm, bestritten spätere Autoren das häufigere Vorkommen einer solchen selbstständigen Erkrankung des Bauchfells und kam es sogar schliesslich dahin, dass die Berechtigung eine solche besondere Krankheitsform des Bauchfells überhaupt annehmen zu dürfen, völlig geleugnet wurde.

Dieser letzten Auffassung entsprechend erwähnten die Lehrbücher der speciellen Pathologie und Therapie sowie die der Kinderheilkunde bis vor nicht langer Zeit grösstenteils überhaupt nicht eine idiopathische Form der chronischen Peritonitis oder verbanden das Wenige, was sie etwa boten, noch mit sehr kritischen, ablehnenden Bemerkungen.

Erst die Veröffentlichungen des Italieners Galvagni welche 1869 in der Rivista clinica di Bologna Nr. 6, 7, 12 unter dem Titel: „Sulla peritonite ad essudato sieroso e siero-fibrinoso, peritonite sierosa e siero-fibrinosa (ascite essenziale)“ erschienen, waren es, welche einen Umschwung herbeiführten, und die Aufmerksamkeit weiterer Kreise auf das Vorkommen einer Peritonitis, idiopathica hinlenkten.

Freilich war schon erheblich früher im Jahre 1828 in Huflands „Journal der praktischen Heilkunde“

(66. Bd. 1828.) ein Aufsatz mitgeteilt worden, welcher sich ebenfalls mit diesem Gegenstande beschäftigte, aber seitens der Zeitgenossen die gebührende Beachtung und Berücksichtigung nicht gefunden zu haben scheint. Es rührt diese Arbeit von einem praktischen Arzt in Bonn, Heinrich Wolff her, welcher als „Beitrag zur Lehre der Kinderkrankheiten“ eine besondere Form von Bauchwassersucht bei Kindern beschreibt, als deren Ursache er einen inflammatorischen oder subinflammatorischen Prozess im Bauchfell oder im Peritonealüberzug der Gedärme annimmt.

Es möge eine eingehendere Mitteilung dieser Arbeit hier ihren Platz finden, da sie sich gerade auf hier in Bonn gemachte Beobachtungen stützt, und mit unseren eigenen, später zu erwähnenden vielfach Aehnlichkeit und Uebereinstimmung zeigt.

Wolff hat innerhalb 6 Jahren weit über 100 Fälle seiner Krankheit beobachtet, die fast ausschliesslich Kinder betraf und zwar am häufigsten im 2.—5. Lebensjahre, seltener im 7.—10. Jahre war und nur einige Male bei 14—16jährigen männlichen Individuen sich fand, welche aber ihrer Entwicklung nach ebenfalls eher noch dem Kindesalter angehörten.

Auf Grund dieser langjährigen und reichen Erfahrungen unterscheidet Wolff 2 verschiedene Stadien der Krankheitserscheinungen, von denen das erste in einer Dauer von 5—10—14 Tagen unter Klagen über flüchtige Leibschmerzen, Störungen des psychischen Wohlbefindens wie Unruhe, Unlust und Missmut verlief und ferner Schlaflosigkeit, wechselndes Verhalten des Stuhlganges und mässige Fiebererscheinungen zeigte, Symptome, denen selten Beachtung geschenkt wurde, die sich auch nur in vereinzelten Fällen erheblich steigerten und mit

bedeutenderen, anhaltenden Schmerzen, welche von Erbrechen und grösserer Fmpfindlichkeit des Abdomens begleitet waren, einhergingen.

Im zweitem Stadium wurden diese Erscheinungen deutlicher, die Schmerzen wurden heftiger, die Esslust sank, während vermehrtes Durstgefühl eintrat, die Fieberbewegungen waren ausgeprägter, der Stuhl war ungleich, der Urin mitunter mässig gewölkt. Es stellte sich auch nach dem Essen Kollern im Leibe ein, die Kinder waren missmutig und träge, zeigten ein blasses Aussehen und hatten zuweilen nur kurzen Atem. Hierzu gesellte sich eine langsam ansteigende Auftreibung des Bauches, welche durch die gespannten Bauchdecken deutliche Fluktuation fühlen und somit auf einen Flüssigkeitserguss schliessen liess.

Die Dauer des zweiten Stadiums war verschieden je nach Alter des Kindes und nach Art der eingeschlagenen Behandlung. Bei jüngeren Kindern verlief des Prozess rascher, bei älteren langsamer.

Als pathognomisches Zeichen für den Eintritt des Stadiums der Exsudation will Wolff eine „charakteristische Auftreibung oder Gedunsenheit in der Gegend der Nasenwurzel gerade zwischen beiden Augen“ verwerten und bei Vorhandensein dieses Symptomes keinen Augenblick mit seiner Diagnose auf Vorhandensein eines Flüssigkeitsergusses im Abdomen geschwankt und dieselbe auch immer durch die Untersuchung bestätigt gefunden haben. Sonstige Oedeme besonders der Extremitäten gingen dieser Krankheitsform völlig ab.

Der Unterleib war nie übermässig aufgetrieben und die Kinder gingen ihrer gewohnten Beschäftigung nach, weshalb die Eltern auch sehr selten einen Arzt zu Rate zogen. Bei Vernachlässigung der Affektion

nahm der Leibesumfang unter Mehrung des Ergusses zu, während gleichzeitig im Gegensatz dazu alle Teile des Körpers besonders der unteren Extremitäten ersichtlich abmagerten, ausgenommen das Gesicht und der Unterleib. Des Kindes geschwächte Beine konnten dann die Last des Körpers nicht mehr tragen, es musste nach Stützpunkten suchen und an den Wänden, Stühlen u. s. w. entlang gehen. Im weiteren Verlaufe nahm das Exsudat ab, die Mesenterialdrüsen schwollen an, der Stuhlgang zeigte wechselndes Verhalten, die Abmagerung wurde sehr hochgradig und die Kinder gingen daran zu Grunde. Dieser unerwünschte Ausgang trat jedoch nur sehr selten ein und ist nur bei einigen Kindern von 2—3 Jahren, die bereits im zweiten Stadium sehr weit vorgeschritten und sehr heruntergekommen waren, keine Rettung mehr möglich gewesen. Eine Section der verstorbenen Kinder wurde dem Anscheine nach nicht vorgenommen.

In der weitaus grössten Mehrzahl der Fälle wurde nach 2—3, höchstens 4 Wochen vollständige Heilung erzielt und nur zwei mal Recidive beobachtet, so dass die Erkrankung eine sehr günstige Prognose bot, die nur durch hochgradig eingetretene Atrophie getrübt wurde.

Die Therapie während des ersten Stadiums bestand in der Darreichung von Calomel, Applikation von Blutegeln, im zweiten in Calomel mit kleinen Gaben Digitalis, später Digitalis mit Cremor tartari. Antiphlogistische Mittel wirkten am besten. Die Krankheit fand sich zu allen Jahreszeiten, bevorzugt war Sommer und Herbst; seltener war sie im Frühjahr und Winter. Nie boten sich mehr als 2—3 Fälle zu gleicher Zeit, so dass auch wohl „nichts Epidemisches der Krankheit zu

Grunde lag". Bei jüngeren Kindern wurden mehr Mädchen bei älteren mehr Knaben als Mädchen betroffen.

Wie gesagt, scheint die Veröffentlichung Wolffs eine grössere Beachtung und völligen Glauben nicht gefunden zu haben. Spätere Autoren, wie Relliet und Barthez (Traité des maladies des enfants 1853.) glauben sogar, dass diagnostische Irrtümer Veranlassung zu einer falschen Auffassung gegeben hätten.

Von den neueren Autoren teilen Rehn und Vierordt die Arbeit ebenfalls mit, wollen zwar grosse Einschränkungen gemacht wissen, glauben aber sie nicht ganz verwerfen zu dürfen.

So sagt Rehn (Gerhardts Handbuch der Kinderkrankheiten.):

„Wenn wir auch für eine mehr oder weniger grosse Anzahl der betreffenden Fälle diagnostische Irrtümer annehmen wollen, so bleiben doch noch immer Beobachtungen genug übrig, welche dafür sprechen, dass Wolff in der That die Peritonitis serosa in grösserer Ausdehnung gesehen hat. Wir müssen dies annehmen, weil wir unmöglich glauben können, dass ein Autor solche Veröffentlichungen rein seiner Phantasie zu entlehnen im Stande wäre."

Aber wie bereits bemerkt, wurde erst durch die Veröffentlichungen des Italieners Galvagni von Neuem die Aufmerksamkeit der medizinischen Welt auf unseren Gegenstand gelenkt und hat diese vortreffliche Arbeit wesentlich zu einer grösseren Berücksichtigung und genaueren Kenntnis unserer Affektion beigetragen. Da sie gleichsam das Fundament der Lehre von der idiopathischen Peritonitis bildet, auf welchem fortan immer weiter gebaut wurde, so halten wir eine eingehendere Besprechung nicht für überflüssig und unberechtigt.

Galvagni beschreibt 12 Fälle einer Erkrankung, die sich hauptsächlich durch einen Erguss eines serösen oder serös-fibrinösen Exsudats in das Abdomen charakterisierte. Diese Flüssigkeitsansammlung war nach Galvagni's Ansicht weder Teilerscheinung eines allgemeinen Hydrops, noch beruhte sie auf einer Stauung im Pfortadersystem. Auch war sie keineswegs immer von Tuberkulose abhängig, sondern es schien in den nicht gerade häufigen Fällen, wo Tuberkulose gefunden wurde, dieselbe meist erst das Secundäre gewesen zu sein.

Die behandelten Fälle führten fast alle zur Heilung, indem nur 2 Todesfälle vorkamen, welche aber nicht seciert worden sind, so dass eine Kenntniss der pathologisch-anatomischen Verhältnisse aus direkter Anschauung fehlt.

Nach Massgabe seiner Beobachtungen fasst Galvagni Aetiologie, Symptome, Verlauf und Therapie der Krankheitsform zusammen.

Unter den 12 Fällen gehörten 8 dem weiblichen Geschlechte an, welches eine gewisse Disposition für diese Erkrankung zu haben schien. Die Patienten standen im Alter von 5—32 Jahren. Kinder befanden sich in der Zahl der 12 Patienten — was für uns besonders wichtig ist — 5 darunter und zwar 3 Mädchen und 2 Knaben. Von 5 erwachsenen weiblichen Personen hatten 4 Menstruationsanomalien angegeben, welchem Umstande jedoch Galvagni keine Bedeutung beilegen möchte. In 3 Fällen liess sich eine starke Durchnässung durch Regenwetter, Waten im Wasser nachweisen. Galvagni ist überhaupt geneigt auch für die anderen Fälle eine vorausgegangene Erkältung anzunehmen und legt auf dieses ätiologische Moment ein so grosses Gewicht, dass er fast die alleinige Ursache in einem solchen rheu-

matischen Einfluss erblicken zu müssen glaubt, aus welchem Grunde in der Folgezeit unsere Krankheitsform vielfach auch als Peritonitis rheumatica bezeichnet wurde.

Der Verlauf der Krankheit liess nach Galvagni mehrere Stadien erkennen.

Zuweilen, namentlich bei langsam verlaufenden Fällen konnte man ein Prodromalstadium welches oft bis zu mehreren Monaten dauerte, abgrenzen. Die Krankheitserscheinungen waren nie excessiver Natur, sie bestanden häufig nur in einem Gefühl von Druck oder dumpfem Schmerz im Epigastrium oder Hypogastrium oder auch in stechendem Schmerz in der Gegend der Rippenbogen. Die Schmerzen verminderten sich auf Druck oder durch Beugen des Rumpfes. Es bestand ferner verminderter Appetit, Mattigkeit und schlechtes Befinden. Allmählich trat Verbreiterung des Schmerzgefühles auf dem Abdomen ein und es wurde ein Anschwellen desselben bemerkbar. Auch in mehr akut auftretenden Fällen, wo kein Prodromalstadium sich zeigte, waren die Symptome keineswegs immer heftig, namentlich war der Anfang der Krankheit nie durch einen Frostanfall markiert. Im Stadium der Exsudation bildete die Haupterscheinung die allmählige Auftreibung des Bauches durch ein Exsudat, das oft nur mässig war, oft auch einen sehr hohen Grad erreichte und dadurch Dyspnoe, ja sogar Erstickungsnot verursachte. Dabei war die Harnsecretion nur spärlich, die Schweissabsonderung hörte auf, Appetitlosigkeit und Stuhlverstopfung bestanden fort und zu Zeiten war Schmerzhaftigkeit über den ganzen Bauch verbreitet. Frostanfälle mit nachfolgender Hitze wurden auch in diesem Stadium nicht beobachtet, wie überhaupt die Temperatur nur geringe abendliche Steigerungen (nur einmal — 39,0°) zeigte,

während sie am Morgen fast immer normal war; Puls- und Atemfrequenz dagegen war fast immer gesteigert, die Organe der Brust und der Bauchhöhle zeigten keine besondere Veränderung, nur in zwei Fällen war die Milz etwas vergrössert.

Der Anfang des dritten Stadiums des der Resorption, markierte sich dadurch, dass Temperatur, Puls- und Respirationsfrequenz normal wurden, reichlicher Stuhlgang erschien, die Harnsecretion zunahm und die Menge der genossenen Getränke um ein Bedeutendes überstieg. Es stellten sich nächtliche Schweisse ein, die Schmerzen nahmen ab und ebenso verminderte sich ganz allmählich die Anschwellung des Leibes, wobei jedoch zuweilen bei falschem Verhalten des Patienten eine Verschlimmerung des Leidens beobachtet wurde, ja es konnten sich solche Recidive oft aus unbekannten Ursachen mehrmals wiederholen.

Die Dauer der einzelnen Stadien betrug nach Galvagnis Berechnungen durchschnittlich für das Stadium der Prodrome 75 Tage, für das der Exsudation 55 Tage, der Resorption 32 Tage.

Als Complikation der Krankheit fand sich fast besonders häufig ein gleichzeitig bestehender Erguss in anderen serösen Höhlen vor. Unter 12 Fällen fehlte er nur 5 mal. In 5 Fällen war Pleuritis exsudativa und zwar 2 mal links-, 2 mal rechts- und einmal doppelseitig vorhanden, in 2 weiteren Fällen bestand eine Hydrocele, die bei einem Knaben von 6 Jahren doppelseitig war.

Das Exsudat selbst dürfte nach Galvagnis Ansicht in der Regel nicht rein seröser Natur — in welchen Fällen dann rasch restitutio in integrum erfolgte —, sondern mehr serös-fibrinös gewesen sein, weil nach Schwund des serösen Teiles die Palpation das Vorhanden-

sein von Tumoren ermitteln liess, welche in allen möglichen Graden von zweifelhaften diffusen Härten bis zu selbst umfangreichen Tumoren vorkamen, und welche durch Fibrinablagerung, entzündliche Verdickungen des Netzes und Mesenteriums und Verklebungen der Darmschlingen unter sich und mit der Bauchwand bedingt waren. Es konnten diese Tumoren längere Zeit persistieren bis sie sich schliesslich durch die Resorption verkleinerten oder auch der Tuberkulisation anheimfielen, wodurch sie für den Patienten verhängnisvoll wurden.

Ferner wurde 2 mal eine Entzündung in der Nabelgegend beobachtet, die inflammation périombilicale der Franzosen; Galvagni sah nicht wie Vallin, welcher dieselbe mit Tuberculose des Bauchfells zusammenbrachte, die Tuberculose als das Primäre und als Ursache an, sondern erst als das Secundäre, hielt aber doch die periumbilicale Entzündung für ein ungünstiges Zeichen, weil sich eben secundäre Tuberculose leicht anschliessen konnte.

Die Prognose erschien im Allgemeinen günstig, da nur 2 Todesfälle unter 12 Patienten vorkamen. Sie war bei Kindern besser wie bei Erwachsenen ebenso günstiger bei mehr akuten Fällen und je weniger Fibrin in dem Exsudate vorhanden war. Die Complication mit Pleuritis trübte die günstige Prognose nicht wesentlich.

In therapeutischer Beziehung kam Galvagni vielfach mit mehr exspectativem Verfahren aus. In 5 Fällen wurden Jodeinreibungen versucht und von ihnen resorbierende Wirkungen erzielt. Mercurialeinreibungen waren weniger von Erfolg, ebenso dürften Drastica, diuretische und diaphoretische Mittel teils ganz zu verwerfen, teils nur im auch ohnedies eingetretenen Stadium der Resorption zu verwerten sein.

Die Paracentese des Abdomens war in keinem Falle nötig, wie denn Galvagni dieselbe auch nicht ohne die dringendste Indication angewandt wissen will.

Diese vortreffliche Arbeit, bei deren Besprechung (Jahresbericht der gesammten Medizin 1869) Liebermeister der „sorgfältigen Beobachtung und Darstellung des Verfassers“ ausdrücklich seine volle Anerkennung zollt und deren wesentlichste Resultate er grösstenteils bestätigen kann, gab Veranlassung zur Mitteilung weiterer ähnlicher Beobachtungen und fand immer grössere Beachtung und Anerkennung, zumal sie ein so wertvolles Material bot, auf welches auch immer zugegriffen wurde.

Als ferneren Beitrag zur Lehre unserer Form chronischer Peritonitis kann man einen Aufsatz Quinckes ansehen, welcher unter dem Titel „Ueber Ascites“ in dem „Deutschen Archiv für klinische Medizin (XXX. Bd.)“ eine Reihe von Krankheitsfällen zusammenstellt, von denen aber drei nach des Verfassers eigenem Urteil mit grösserer Wahrscheinlichkeit als einfache subakute Peritonitiden anzusprechen sein dürften.

Quincke warnt davor, ohne sehr triftige Gründe eine Tuberkulose als Ursache der Erkrankung anzusehen, da es „obwohl die Möglichkeit einer Heilung von Bauchtuberkulose nicht ausgeschlossen sei, doch gezwungen und unbegründet wäre, wegen der Häufigkeit der Bauchfelltuberkulose, auch diese selteneren günstig verlaufenden Fälle dahin zu rechnen.“

Sodann teilte Stiller (Deutsches Archiv für klinische Medizin XVI. Bd. 1875) einen Fall von chronischer Exsudativperitonitis mit, die bei einem 18jährigen Tapeziererlehrling im Anschluss an einen rechtsseitigen Pleuraerguss, als dieser zurückging, sich bildete und zur Heilung führte. Stiller giebt an, er habe ursprünglich die

Diagnose auf tuberkulöse Peritonitis gestellt, sei aber durch den Ausgang belehrt worden, dass es eine reine, einfache chronische Peritonitis gewesen sei. Er fasst seine Ueberzeugung in den prägnanten Satz zusammen: „Es giebt also eine reine oder einfache, nicht auf Tuberkulose oder Krebs beruhende, nicht aus der akuten Entzündung verschleppte chronische allgemeine Peritonitis."

Rehn stützt sich in seinem Artikel „Die Erkrankungen des Bauchfelles", in Gerhardts Handbuch der Kinderheilkunde IV. Bd. 1879) vollkommen auf Galvagni, stimmt für das Vorkommen einer chronischen Form einer „rheumatischen" Peritonitis und führt 4 Fälle eigener Erfahrung an; dieselben betrafen Kinder von $1^1/_2$, 2, 4 und 6 Jahren, welche alle geheilt wurden. In einem Falle war die Diagnose durch eine vorgenommene Explorativpunktion zweifellos gemacht. In 2 Fällen waren Tumoren zu konstatieren, die bei einer nach 1—2 Jahren stattgehabten nochmaligen Untersuchung nicht mehr vorhanden waren.

H. Schmidt (Zeitschrift für klinische Medizin II. Bd.) beschreibt gelegentlich eines Falles von „Ascites chylosus" auch einen Fall von idiopathischer chronischer Peritonitis, welcher in der Kinderklinik zu Strassburg von Kohts zur Beobachtung gelangte. Auch hier bestand keine Tuberkulose, keine Oedeme, nur ein sehr grosser Flüssigkeitserguss in der Bauchhöhle und geringer Erguss in die Pleurahöhle, welcher zum Schwinden gebracht wurde, aber nach 2 Monaten, diesmal jedoch ohne Pleuraerguss recidivierte. Die Heilung wurde auch hier erzielt, wenigstens war nach 3 weiteren Monaten eine Wiederkehr der Affektion noch nicht erfolgt.

Durch Rehns Erörterungen im citierten Werke fühlte sich auch Kormann veranlasst, einen von ihm

beobachteten einschlägigen Fall mitzutheilen. In einem „Ascites oder Peritonitis serosa?“ betitelten Artikel (Jahrbuch für Kinderheilkunde N. Folge XVI. Bd. 1881) entscheidet er sich, dass es sich bei seiner 6jährigen Patientin um Peritonitis serosa gehandelt habe. Die Kleine war angeblich infolge eines schweren Diätfehlers oder wahrscheinlicher infolge einer Erkältung — sie hatte lange Zeit auf feuchter Wiese gesessen — an Erbrechen mit nachfolgender Appetitlosigkeit, geringer Schmerzhaftigkeit und Auftreibung des Unterleibes erkrankt. Es liess sich bei der Untersuchung Abwesenheit jeglicher Veränderungen und Störungen in den Organen und im Allgemeinbefinden, beträchtlicher freier Erguss in der Bauchhöhle nachweisen, der sich rasch vergrösserte, so dass eine Punktion indiciert war. Dieselbe ergab ca. 6 Liter einer gelbgrünlichen klebrigen Flüssigkeit, welche sich durch sehr hohen Eiweissgehalt auszeichnete, indem sie bei der Kochprobe im Reagensglase zu einer fast völlig consistenten Masse erstarrte. Hiermit war die Natur der Flüssigkeit als Exsudat festgestellt, welches nach der Punktion in kurzer Zeit völlig verschwand.

Gelegentlich der 53. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Danzig 1880 berichtet Bäumler über 2 Fälle von subakuter Peritonitis mit reichlicher Exsudation bei jungen Mädchen, die beide mit linksseitigem Pleuraerguss verbunden waren und in Heilung übergingen. In einem Falle bestand eine erysipelatöse Rötung in der Umgebung des Nabels. Wichtiger und bedeutungsvoller ist für uns eine Auslassung Henochs (Berl. klin. Wochenschrift 1881), welcher bei einem Vortrag die Frage aufwirft, ob es im Kindesalter eine Peritonitis ohne Tuberkulose giebt, welche Frage er

unbedingt bejaht. Er erinnert dabei an einen von ihm bereits früher mitgeteilten Fall, wo ein Trauma, (ein Fusstritt in die Lebergegend) bei einem kleinen Mädchen zu einer chronischen Peritonitis führte, die sich langsam über das ganze Bauchfell verbreitete und in den Darmwänden solche entzündliche Verdickungen hervorgerufen hatte, dass intra vitam die Diagnose auf Sarcome gestellt wurde, während die Sektion ergab, dass es sich um eine einfache, chronische Peritonitis mit enormen Bildungen von Schwielen und Bindegewebe handelte, welche ein festes organisiertes, knirschendes Gewebe darstellten und jene irrthümliche Diagnose veranlasst hatten. Ausser diesem Falle weiss er noch von 5—6 anderen Fällen eigener Erfahrung zu berichten, welche alle einen ähnlichen Verlauf zeigten. Die Kinder bekamen einen dicken Leib der immer mehr anschwoll, klagten wenig oder gar nicht über Schmerzen, die Bauchvenen waren erweitert und man fühlte sehr deutlich Flüssigkeit im Abdomen, welche sich auch perkutorisch gut nachweisen liess, während die Untersuchung der Lungen keine Abnormitäten ergab. Lange Zeit habe er an die Möglichkeit einer Tuberculose gedacht, besonders da die Kinder immer mehr verfielen, bis plötzlich ein Ausgang in vollständige Heilung eintrat. So habe er sich in einem Falle, bei welchem er wegen der Mächtigkeit des Exsudates, dem hektischen Fieber und der fortschreitenden Abzehrung eine sehr schlechte Prognose gestellt hatte, sehr getäuscht, indem zu seiner grössten Ueberraschung vollständige Genesung eingetreten sei.

„Ich glaube also nicht, fährt Henoch fort, dass man hier von einer geheilten tuberkulösen Peritonitis sprechen kann. Möglich ist es allerdings, dass Tuberkel im Bauchraum obsolescieren können, aber ich möchte

doch lieber annehmen, dass bei Kindern, die nicht tuberkulös sind und aus gesunden Familien stammen, eine einfache chronische Peritonitis mit günstigem Verlaufe vorkommen kann, deren Ursache mitunter eine traumatische ist, häufiger aber verborgen bleibt.

Die ergiebigste Fundgrube in der Reihe der neuesten Veröffentlichungen bietet uns die im Jahre 1884 erschienene Arbeit von Hermann Vierordt (Tübingen), welche die „einfache chronische Exsudativ-Peritonitis" behandelt.

In derselben werden 29 Beobachtungen aus der medizinischen Klinik zu Tübingen, mitgeteilt von denen 12 Fälle dem Kindesalter bis zu 12 Jahren angehörten und zwar befanden sich darunter 5 Knaben und 7 Mädchen. In der übrigen Zahl von 17 befinden sich noch 4 Fälle, die dem jugendlichen Alter angehören, von 15, 16, und 19 Jahren und zwar 2 männliche und 2 weibliche Individuen. Ausserdem berichtet Vierordt, dass er noch mehrere Fälle in der Ambulanz bei kleineren Kindern beobachtet habe, die wegen unzulänglicher Krankengeschichte nicht in seine Statistik aufgenommen seien.

Da wir bei unserer späteren Besprechung des Krankheitsverlaufes in allen seinen Teilen des Oefteren und Ausführlicheren auf Vierordts Arbeit zurückkommen werden, so wollen wir hier, um unnötige Wiederholungen zu vermeiden, nicht näher auf sie eingehen, sondern nur kurz bemerken, dass sie die Angaben Galvagnis im Wesentlichen vollauf bestätigen kann.

Fiedler entscheidet sich in einem am 5. Dez. 1886 in der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Dresden gehaltenen Vortrag „Giebt es eine Peritonitis chronica exsudativa idiopathica?" für das Vorkommen einer solchen Erkrankungsform und veröffentlicht 4 Fälle. Er

erörtert besonders die Aetiologie unserer Krankheit und bespricht in eingehender Weise, wie in seinen Fällen von einer der gemeinhin angenommenen Entstehungsursachen für einen Flüssigkeitserguss wie Tuberkulose, Circulationshindernis im Verlauf der Pfortader, Leberkrebs, Lebercirrhoe und Lebersyphilis u. s. w. nicht die Rede sein könne, sondern dass nichts anderes als die Annahme übrig bleibe, es habe sich in jenen Fällen allerdings um eine „idiopathische" Entzündung des Bauchfells gehandelt.

Noch in der neuesten Zeit hat Fraenkel in den Charité-Annalen 1887 einige Fälle von „akuter und chronischer idiopathischer Peritonitis" veröffentlicht, die uns hier weniger interessieren, da sie lediglich Erwachsene betreffen, der Vollständigkeit halber aber wenigstens erwähnt werden mögen, zumal Fraenkel sich der Zahl derjenigen Autoren anschliesst, welche zu Gunsten der uns beschäftigenden Krankheitsform ihre Stimme erheben.

Aus allem Vorhergehenden ersehen wir, dass in der neuesten Zeit die Möglichkeit einer idiopathischen chronischen Peritonitis immer mehr zugegeben wird. Auch tragen die neuesten Lehr- und Handbücher teilweise wenigstens dieser Erkrankungsform Rechnung und erwähnen ihr Vorkommen, manchmal freilich nur mit wenigen Worten.

Was speziell die Lehrbücher der „Kinderheilkunde" anbelangt, so haben wir die Ansichten Rehns und Henochs bereits erwähnt.

Gerhardt spricht im Lehrbuche der Kinderkrankheiten (4. Aufl. 1881) ebenfalls von der primär chronischen Peritonitis wie sie Galvagni und Rehn beschreiben.

Vogel-Biedert erwähnen zwar das Vorkommen einer idiopathischen, gewöhnlich auf Erkältung zu-

rückgeführten, daher sogenannten rheumatischen Peritonitis der Kinder, lassen jedoch bei Besprechung der Symptome der Peritonitis eine Berücksichtigung dieser Form vermissen.

Baginsky spricht ebenfalls von dem relativ häufigen Auftreten einer chronischen Peritonitis bei Kindern, welche ohne nachweisbare Aetiologie auftritt, will dieselbe aber fast ausnahmslos gleichzeitig mit grösseren Digestionsstörungen und einer erheblichen Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens oft so ernster Art haben verlaufen sehen, dass sie den Gedanken einer tuberkulösen Erkrankung nahe legten, welcher sich aber durch den glücklichen Verlauf als nicht richtig erwies.

Trotz dieser Berücksichtigung, welche die idiopathische Form der chronischen Peritonitis von den Autoren gefunden hat, macht man die Erfahrung, dass die Existenz und namentlich aber das häufigere Vorkommen einer idiopathischen chronisch oder mehr subacut verlaufenden Peritonitis bei Kindern noch nicht so die Anerkennung ärztlicher Kreise und namentlich der ärztlichen Praktiker gefunden hat, wie es die Wichtigkeit dieser Erkrankung wünschenswert erscheinen lässt.

Dass namentlich das Kindesalter ein verhältnismässig grosses Contingent der Erkrankungen an dieser Form Peritonitis stellt, wird bis heute noch nicht in gebührender Weise berücksichtigt. Es dürfte daher nicht überflüssig erscheinen, eine Anzahl von Fällen, welche ich persönlich in der Ambulanz für erkrankte Kinder zu Bonn zu sehen und mitzubeobachten Gelegenheit hatte, in Kürze mitzuteilen, und an der Hand derselben ein gedrängtes Bild unserer in Rede stehenden Krankheit und ihres Verlaufes zu entwerfen.

I.

Franz Schn., 5 Jahre alt, erschien am 18. X. 89 zum ersten Male in der Sprechstunde.

Patient entstammt einer gesunden Familie in der speciell von Lungenkrankheiten nichts bekannt ist. Die Eltern und sämmtliche Geschwister leben und sind gesund. Der Pat. soll sich immer gut entwickelt und bis jetzt keine ernstliche Erkrankungen durchgemacht haben. Seit 4 Tagen klage er über Schmerzen im Leibe und habe schlechten Appetit. Erbrechen und Diarrhoeen seien nicht vorhanden gewesen, die Stuhlentleerung sei vielmehr regelmässig erfolgt.

Die Untersuchung ergab ein etwas blass und anämisch aussehendes, aber im ganzen gutgenährtes Kind ohne Oedeme. Am Thorax liess sich nichts Abnormes nachweisen, Herz und Lungen erschienen frei von jeder Veränderung.

Das Abdomen war gleichmässig aufgetrieben, zeigte erweiterte und stark gefüllte Venae epigastricae, war auf Druck nicht schmerzhaft und liess keine vermehrte Resistenz oder Tumor durchfühlen. Leber und Milz erwiesen sich nicht als vergrössert.

Die Perkussion ergab bei horizontaler Rückenlage in den beiden Seitenpartien gedämpften Schall, welcher bei Lagerung auf die rechte Seite in den abhängigen Partien bis zur Mammillarlinie reichte, bei linker Seitenlage daselbst verschwand und sich links in gleicher Weise einstellte Dieselben Verhältnisse traten bei der umgekehrten Lage ein. Bei senkrechter Stellung reichte die Dämpfung bis 2 cm. unter den Nabel und stieg beim Vorwärtsbeugen des Kindes. Die Temperatur betrug, in der Zeit von 2—3 Uhr Nachmittags gemessen, 38,4° per rectum. Im Urin war Eiweiss nicht enthalten.

Es wurde Bettruhe und Diät. sowie Natr. salicyl. 0,25 4 mal täglich ordiniert.

Während der nächstfolgenden Tage erlitt im Allgemeinen der Status keine grossen Veränderungen, die Temperatur sank etwas und liessen auch die Schmerzen etwas nach. Fernerhin schien das Exsudat geringer geworden zu sein, so dass es am 24. X. im geraden Stehen nur noch bis 3 cm. unter den Nabel reichte. Die Temperatur war auf 38,0° p. r. gesunken und hatte

sich auch der Appetit gehoben. Es wurde mit der Darreichung von Natr. salicyl. fortgefahren.

Am 30. X. war der Umfang des Abdomens geringer geworden. Die Dämpfung war beim Stehen und Bücken eben noch, beim Liegen kaum mehr nachweisbar und die Venen nicht mehr erweitert.

Das Allgemeinbefinden war ein durchaus gutes, die Schmerzen bestanden nicht mehr und betrug die Temperatur nur noch 37,4°. Diese anscheinende Besserung hielt jedoch nicht lange an, nach einer Woche hatten sich wieder Schmerzen eingestellt, die Temperatur betrug wieder zur Mittagszeit 38,3° und zeigte die Perkussion wieder eine auch bei Rückenlage deutlich nachweisbare Dämpfung in beiden Seitengegenden des Abdomens. Der Flüssigkeitserguss im Abdomen nahm bis zum 9. XI. an Menge zu, dann trat mit Nachlass der Schmerzhaftigkeit eine langsame Abnahme des Exsudates und Rückkehr zur Norm ein. Es wurden anfangs wieder einige Dosen Natr. salicyl., später aber Syrup. ferri jodat. verabreicht.

Am 20. XI. war kaum noch Dämpfung vorhanden, die Schmerzen waren völlig verschwunden, der Appetit war gut und hatten sich keine Störungen im Allgemeinbefinden gezeigt. Die Temperatur betrug 37,5 in ano.

Das Kind blieb, nachdem es noch eine Zeitlang Syr. ferri jodat. genommen hate, völlig gesund. Eine am 17. IV. 90 vorgenommene nochmalige Untersuchung ergab nichts Abnormes mehr. Das Kind war die ganze Zeit über munter gewesen, hatte guten Appetit entwickelt und nie mehr über Schmerzen geklagt, Erbrechen, Durchfall und Fieber waren nicht vorhanden gewesen.

II.

Wilhelm Gr., 8 Jahre alt, erschienen am 21. X. 89.

In der Familie des Patienten waren Lungenkrankheiten, speciell Phthise nicht vorgekommen, Eltern und Geschwister gesund. Pat. selbst war bis jetzt ebenfalls immer gesund gewesen. Vor 8 Tagen soll das Kind beim Spielen von anderen Kindern auf dem Bauche liegend eine hohe Steintreppe auf- und abgezogen worden sein und an demselben Abend über Schmerzen im Leibe und Rücken geklagt haben, welch' erstere sich seit dieser Zeit nicht mehr verloren hätten. Seit 4—5 Tagen bestehe starkes Abführen (10 mal in 24 Stunden) und schlechter Appetit. Ausser-

dem habe sich ein Anschwellen des Abdomens bemerkbar gemacht der Knabe habe Abends vielfach rote Backen und sei immer so „kälterig“. Auch jetzt klagt Pat. noch über Schmerzen im Leibe.

Der Status präsens ergab ein nicht sehr kräftiges Kind von blassem Aussehen ohne jede Oedeme. Die Untersuchung des Thorax ergab nichts Krankhaftes.

Das Abdomen ist mässig aufgetrieben, lässt bei Palpation keine Schmerzhaftigkeit und erhöhte Resistenz erkennen und enthält einen freien Erguss. dessen Grenze bei horizontaler Rückenlage beiderseitig 2 cm von der Nabellinie entfernt ist, beim Stehen bis unter den Nabel reicht, in welcher Stellung die unteren Partien des Abdomens sich stark hervorwölben. Der Erguss wechselt bei den verschiedenen Seitenlagen nur langsam seinen Stand.

Die Temperatur beträgt 38,3 p. a. Der Urin war und blieb auch bei den im weiteren Verlaufe angestellten Untersuchungen ohne Eiweiss.

Ordination: Natr. salicyl. 0,25. Am 23. X. war das Abdomen mehr aufgetrieben, die Dämpfung war deutlicher und intensiver, verschwand bei Rechtsticflage Links nicht ganz und reichte beim Stehen 3 Finger breit über den Nabel. Temp. 38,2°. 25. X. Dämpfung noch sehr deutlich in früherer Ausdehnung. Es besteht etwas Diarrhoe und etwas Husten, jedoch war kein Erbrechen erfolgt. Am Thorax lässt sich nichts nachweisen und ist namentlich die Pleura frei. Temp. 38,7°.

In den folgenden Tagen lässt die Schmerzhaftigkeit nach, die Diarrhoen schwinden und es bessert sich das Allgemeinbefinden. Am 8. XI. ist eine deutliche Abnahme des Exsudates eingetreten, indem die Dämpfung nur noch bis zum Nabel reicht. Temp. 37,2.

Von nun an nimmt das Exsudat mehr und mehr ab, die Schmerzen bleiben ganz aus, der Appetit hebt sich zusehends und am 6. XII. ist kaum mehr Flüssigkeit im Abdomen nachzuweisen

Eine am 17. IV. 90 vorgenommene Untersuchung des Knaben lässt in dem nicht mehr aufgetriebenen Abdomen keine Anomalien mehr erkennen. Der Knabe hat sich die ganze Zeit über gut befunden immer Appetit gehabt und keine Klagen mehr geäussert.

III.

Cäsar P., 6 Jahre alt, erschienen am 23. X. 89.

Patient, der aus einer gesunden Familie stammt und bisher immer gesund gewesen ist, klagt seit einigen Tagen über Schmerzen in der rechten Seite und im Leibe und über etwas Husten, Esslust ist nur in geringem Grade vorhanden.

Der Status präsens ergiebt ein seinem Alter entsprechend entwickeltes, gutgenährtes Kind, welches frei ist von jeglichen Oedemen. Die Perkussion der Lungen ergiebt nirgends abnorme Dämpfung, auch keine Veränderung in den Grenzverhältnissen. Bei der Auscultation lässt sich rechts in der vorderen Axillarlinie in der Höhe der 7.—8. Rippe undeutliches Reibegeräusch in der vorderen Gegend des Mittellappens hier und da etwas mittelblasiges Rasseln hören. Am Herzen sind keine Abweichungen von der Norm bemerkbar. Das Abdomen erscheint deutlich aufgetrieben und zeigt bei horizontaler Rückenlage in den beiden Seiten Dämpfung, welche sich bei Lagewechsel aufhellt und langsam in der tiefen Lage sich einstellt, beim Stehen bis 3 cm unterhalb des Nabels hinaufreicht und beim Bücken emporsteigt. Die Berührung des Leibes bei der Perkussion ist leicht schmerzhaft. Die Durchtastung des Abdomens lässt keine erhöhtere Schmerzhaftigkeit, keine vermehrte Resistenz oder Tumor erkennen. Temp. 39,0 Urin frei von Eiweiss. Es wurde Natr. salicyl. 0,4 4 mal täglich 1 Pulver verordnet Priessnitz'sche Umschläge. Am 25. X. war die Dämpfung grösser und bei Lagewechsel deutlicher geworden. Der Erguss hatte offenbar zugenommen. Auf den Lungen bestand verbreiterter Catarrh, das Reibegeräusch nicht mehr nachweisbar. Temp. 38,0. Ordiniert wurde Inf. Rad. Seneg. ausser Natr. salicyl.

Am 30. X. zeigt sich der Befund am Abdomen unverändert, die Zeichen von Catarrh bestehen noch fort, ebenso noch Klagen über Schmerzen im Unterleib. Natr. salicyl.

9. XI. Die catarrhalischen Erscheinungen sind vollkommen verschwunden. Die Schmerzen haben nachgelassen, die Dämpfung ist noch vorhanden, aber von geringerer Ausdehnung. Temp. 37,9. Am 14. XI. hatte sich das Befinden wesentlich gebessert, der Pat. isst jetzt mehr und klagt nicht mehr über Schmerzen. Der Stuhlgang war regelmässig und nicht diarrhoeisch. Die Dämpfung war bei Rückenlage nicht mehr nachzuweisen, dagegen fand sich bei

Linkstieflage noch gedämpfter Schall, der bei Rechtstieflage sofort verschwand und auf der rechten Seite sich erst nach längerem Zuwarten einstellte, umgekehrt bei Linkstieflage, jedoch wieder rascher eintrat. Temp. 37,6.

In der Folgezeit erschien das Kind längere Zeit nicht mehr und bei einer im Dez. 1889 vorgenommenen Untersuchung konnte nichts Abnormes im Abdomen konstatiert werden und hatte das Befinden des Knaben zu Klagen keinen Anlass mehr gegeben.

IV.

Johann W., 12 Jahre alt, kam am 28. X. zur Poliklinik.

Die Eltern und Geschwister leben und sind gesund. Pat. hat bisher keine Krankheiten, besonders nicht die üblichen Kinderkrankheiten wie Masern und Scharlach durchgemacht. Seit 10 Tagen klagt er über Schmerzen in der rechten Bauchgegend, die sich beim Setzen und Aufstehen besonders fühlbar machten. Abends hatte der Pat. vielfach Kälte. Erbrechen und Abführen soll nicht vorhanden, der Stuhlgang vielmehr immer regelmässig gewesen sein.

Status praesens: Die Lungen und das Herz bieten keinen ungewöhnlichen Befund. Im Abdomen ist ein Erguss constatierbar, welcher bei Rückenlage in den Seiten nur leichte Dämpfung verursacht, während dieselbe bei Lageveränderung auf der tieferliegenden Seite stärker und deutlicher wird und die unteren Partien des Unterleibes beim Stehen allenthalben dumpfen Schall bis 2 cm unter den Nabel darbieten. Der Bauch lässt sich gut durchtasten, zeigt keine Druckempfindlichkeit, keine Härten und Tumoren. Temp. zur Mittagszeit 38,0 i. a. Urin ohne Eiweiss.

Am 30. X. bestand das Exsudat noch in unveränderter Ausdehnung. Die Schmerzen hatten nachgelassen. Temp. 37.8.

8. XI. Der Flüssigkeitserguss scheint etwas abgenommen zu haben, es ist insofern eine Aenderung eingetreten, als bei Seitenlage rechts der Schall hell bleibt, während links die Dämpfung bis 4 Finger breit an die Medianlinie heranreicht. Im Stehen findet sich ebenfalls noch Dämpfung, welche bis 4 cm unter den Nabel hinaufreicht. Links bietet sich beim Perkutieren leichte Schmerzhaftigkeit, ohne dass sich objektiv etwas nachweisen lässt. Das Allgemeinbefinden war ein gutes. Temp. 37,7.

Nach einiger Zeit, während welcher Priessnitz'sche Umschläge gemacht wurden, machte sich wieder eine Zunahme des

Exsudates unter Temperaturerhöhung bemerkbar, indem am 18. XI. auf beiden Seiten Dämpfung vorhanden, die bei Rechtstieflage sich links zwar aufhellt, aber nicht ganz verschwindet, während sie sich rechts langsam einstellt um bei Linkstieflage rascher zu verschwinden. Temp. 38,8. Urin frei von Eiweiss. Es wurde Unguentum cinereum verordnet. Nach dieser vorübergehenden Verschlimmerung trat bei den fortgesetzten Einreibungen mit Unguent. ciner. Stillstand und nachheriges rasches Schwinden des Exsudates ein, sodass am 30. XI. nichts mehr nachzuweisen war. Temp. 37,5. In der letzten Zeit herrschte vollkommenes Wohlbefinden, worin sich auch bis zum 17. IV. nichts geändert hatte.

V.

Gertrud Kn. $4^1/_2$ Jahre alt, wird am 24. I. 89 vorgeführt. Das Kind war früher schon einmal wegen Peritonitis serosa behandelt worden, die näheren Notizen sind leider abhanden gekommen. Am 23. VII. 89 konnte die Abwesenheit jeglichen Exsudates constatiert werden. Jetzt soll das Kind schon seit einiger Zeit kränkeln und klage über starke Schmerzen im Unterleib. Diarrhoeen oder anderweitige Digestionsstörungen sollen sich nicht gezeigt haben. Der Status praesens ergab ein mässig entwickeltes etwas abgemagertes Kind von blassem Aussehen ohne jede Oedeme. Am Thorax bestanden keine Anomalien.

Das Abdomen zeigte sich stark ausgedehnt durch einen freien Erguss, dessen Dämpfung bei linker Seitenlage bis fast 2 Finger breit an den Nabel reichte, während bei Lagewechsel die obere Seite sich rasch aufhellt und die untere von einer langsam sich steigenderen Dämpfung eingenommen wird, welche nach längerem Liegen ebenso hoch wie links reicht.

Temp. 38,6. Urin frei von Eiweiss. 28. I. 90. Der Zustand der Kleinen hat sish etwas verschlimmert. die Klagen über Schmerzen sind grösser, es besteht Aufstossen und Uebelkeit. Das Exsudat scheint grösser geworden zu sein, der Leib hat an Umfang zugenommen. Die Dämpfung reicht bei linker Seitenlage bis an den Nabel und ist sehr intensiv. Bei Lagewechsel tritt links nur sehr geringe Aufhellung ein, während sich rechts erst nach Minuten ausgesprochene Dämpfung einstellt. Die Ordination war Natr. salicyl. 29. I. Auf Natr. slaicyl. weniger Schmerzen gehabt, die Dämpfung etwas geringer.

31. I. Die Dämpfung ist wieder grösser und reicht wieder in der erwähnten Stellung bis zum Nabel und besteht hauptsächlich in der linken Seite, wo sie auch bei Lagewechsel nicht völlig verschwindet, obzwar eine Aufhellung nicht zu verkennen ist.

Das Kind blieb fernerhin aus und gaben die Angehörigen bei einer nochmaligen Untersuchung am 20. IV. auf Befragen, warum sie nicht mehr mit dem Kinde gekommen seien an, es habe von jener Zeit an sich rasch erholt, die Schmerzen verloren und körperlich zugenommen. Doch habe es jetzt vor einigen Tagen abermals über Aufstossen und Schmerzen geklagt, welch letztere das Kind in die Gegend unterhalb des Nabels verlegt, die sich jedoch bei Druck auf diese Gegend nicht zeigen. Es lässt sich keine Abnormität in der Nabelgegend nachweisen. Das Kind ist sonst munter, sieht gut aus und soll nur zur Zeit der Schmerzen blasser aussehen. Am Abdomen ist nichts Abnormes zu fühlen und die Perkussion lässt in den Seiten nur leicht abgeschwächten Schall, der links bei rechter Seitenlage sich aufhellt, rechts sich aber nicht verstärkt.

VI.

Getrud G. aus Geislar, 10 Jahre alt, erschien zum ersten Male am 8. XI. 89.

Die Patientin stammt aus gesunder Familie, Phthisische Erkrankungen sind weder in der Familie des Vaters noch der Mutter vorgekommen. Die Eltern sowie die übrigen Geschwister sind vollkommen gesund.

Die Patientin selbst war bis zum Herbst vollkommen gesund. Von da ab klagte sie über zeitweilig auftretende Schmerzen im Leibe. Gleichzeitig nahm der Appetit ab. Erbrechen, Diarrhoeen oder Stuhlverstopfung waren nicht vorhanden. Das Aussehen wurde ein schlechtes und trat auch etwas Abmagerung ein. Der Schmerzen halber erschien sie am 8. XI. 89 in dem Kinderambulatorium.

Status präesens: Etwas anämisches, mässig gutgenährtes Mädchen ohne jede Oedeme.

Am Thorax sind abgesehen von einem leichten systolischen anämischen Geräusch an der Herzspitze, keine krankhaften Veränderungen nachweisbar.

Das Abdomen erscheint deutlich aufgetrieben, bei Druck namentlich in den tieferen Partien leicht schmerzhaft. Die Pal-

pation lässt keine vermehrte Resistenz erkennen. Fluctuation nicht nachweisbar. Die Perkussion ergiebt bei Rückenlage in den beiden Seiten Dämpfung, welche ungefähr bis zur Mammillarlinie, beim Stehen bis einen Finger breit unter den Nabel reicht und beim Vornüberbeugen des Mädchens höher steigt. Die Dämpfung wechselt bei Lageveränderung nur langsam; erst nach minutenlangem Warten erscheint auf der höher liegenden Seite voller tympanitischer Schall und entsprechende Zunahme der gedämpften Partie auf der entgegengesetzten Seite. Temp. 37,9 i. a. Urin frei von Eiweiss.

Ordination: Ung. hydrarg. cin. Am 12. XI. erscheint das Kind wieder. Die Schmerzen haben nicht nachgelassen. Der Befund am Abdomen ist noch der gleiche. Die Temp. 37.7.

Am 5. XII. hat, wie die Perkussion ergiebt, der Flüssigkeitserguss etwas nachgelassen, auch sind die Schmerzen geringer geworden.

Das Kind erscheint erst wieder am 16. I. 90. Die Schmerzen werden noch immer angegeben, der Appetit ist noch schlecht, die Stuhlentleerung regelmässig. Bei Druck auf das Abdomen ist keine Schmerzhaftigkeit zu konstatieren. Die Dämpfung ist noch deutlich vorhanden, namentlich bei rechter Seitenlage sich rasch rechts einstellend, bei linker Seitenlage jedoch nur langsam links eintreffend. Bei der rechten Seitenlage bleibt eine einige Finger breite gedämpfte Zone in der Ileocoecalgegend.

24. I. 90. Die Schmerzen sind wieder stärker geworden, während die Flüssigkeitsansammlung im Abdomen weniger gross erscheint. Die Temp. beträgt 38,6. Das Kind wird nunmehr auf die stationäre medicin. Klinik aufgenommen.

Der daselbst aufgenommene Status praesens lautet: Die Lungen bieten nichts Abnormes. Die rechte Herzgegend ist normal. Der Spitzenstoss geht über die Mamillarlinie hinaus, kurzes systolisches Geräusch an der Spitze, der 2. Pulmonal-Ton verstärkt, an der Aorta keine Geräusche warnehmbar.

Das Abdomen zeigt sich etwas aufgetrieben. In den oberen Partien findet sich bei gerader Rückenlage voller tympanitischer Schall, Links unten in der Seite gedämpfter tympanitischer Schall, welcher rechts weniger gedämpft ist. Fluctuation ist nicht vorhanden, es besteht kein Plätschern, keine ectasia ventriculi. Die Palpation lässt nichts Abnormes durchfühlen und ergab etwas

Druckschmerz unterhalb des Nabels. Im Harn war kei Eiweiss, kein Zucker vorhanden.

Das Kind bleibt von nun an im Bett.

In der Folgezeit war der Befund ein sehr wechselnder. Während zeitweise die Perkussion deutlich ausgesprochene Dämpfung in den abhängigen Partien des Abdomens ergab, welche bei Lageveränderung die tiefer gelegenen Stellen des Abdomens einnahm, schien zu anderen Zeiten wiederum eine solche Dämpfung in nur geringem Grade, ja sogar mitunter gar nicht vorhanden. Nicht immer wechselte auch die Dämpfung bei Lageveränderung so dass sie auf der höher gelegenen Seite völlig verschwand.

Dabei war das Abdomen abwechselnd stärker aufgetrieben und wieder mehr zusammen gefallen, doch bestanden fasst fortwährend Schmerzen und wie die gleich mitzuteilende Tabelle ergiebt, meist Fieberbewegungen. Am 4. II. 90 zeigten sich einzelne Roseolaflecken und erschien an diesem Tage auch die Milz palpabel, so dass an die Möglichkeit eines Typhus abdominalis gedacht werden musste, wenn auch die Temperaturen von dem gewöhnlichen Verhalten während dieser Krankheit etwas abweichend waren.

Am 11. II. 90 hatten die Schmerzen aufgehört, das Abdomen war nicht mehr deutlich aufgetrieben und verliess die Patientin das Bett.

4 Tage später stellte sich jedoch Abends wieder eine Temperaturerhöhung ein bis zu 39,2, ohne dass Schmerzen aufgetreten wären. Es zeigte sich an diesem Tage wieder wechselweise Dämpfung und und Tympanie im Abdomen. Am 18. II. war die Patientin wieder völlig fieberfrei. Am 26. II. verliess die Pat. die Klinik, nachdem sich inzwischen kein Fieber und keine Schmerzen mehr gezeigt hatten.

Ein Flüssigkeitserguss liess sich an diesem Tage, an welchem sich das Kind noch einmal in der Ambulanz vorstellte, erst nach längerer Seitenlage in den tieferen Partien nachweisen. Erbrechen oder Diarrhoen waren während des ganzen Aufenthalts in der Klinik nicht beobachtet worden.

Am 20. VI. 90 sahen wir das Kind wieder. Sein Befinden war inzwischen ein gutes geblieben, die Schmerzen waren nicht wieder gekehrt, der Appetit war ein guter und der Ernährungszustand und das Aussehen ein viel besseres. Ein Elüssigkeits-

erguss im Abdomen liess sich im Abdomen nicht mehr nachweisen. Temperatur 37,5 i. a.

Die Temperatur, welche anfangs in der Achselhöhle gemessen, keine erheblichen Steigerungen zeigte, wurde später eine Zeit lang in ano gemessen, da einmal, während in der Achselhöhle nur 37.5 constatiert worden war, die Rectalmessung dagegen 39,6 Nachmittags und Abends 39 8 ergeben hatte. Später wurde ab und zu die Temperaturen, welche die Achselhöhle zeigte, per rectum controliert. Die Tabelle zeigt folgende Angaben:

Datum u. Stunde.	Temperatur M.	Temperatur A.	Puls M.	Puls A.	Stuhl	Bemerkungen.
24. I. 90		38,1		140		
25. I. 90	37,1	37,8	130	120		
26. I. 90	37,3	37,5	132	112	1	
27. I. 90	36,8	37,3	100	114	1	
28. I. 90	36,6	37,7	108	132	1	
29. I. 90	37,6	37.9	108	108	1	
30. I. 90	37,6	38,0	114	120	1	
31. I. 90	37,5		100			
3 Uhr i. a.	39,6				1	
6 Uhr i. a.	39 8					
1. II. 90	38,7		90			Natr. salicyl.
11 Uhr	38,9					3 mal 1,0.
2 „	39.8					
5 „	39,9					
9 „		39,5		104		
2. II 90			112			
8 Uhr	38,6					
11 „	38,2					
2 „	39,5				2	
5 „	39,8					
8 „		39,4		96		
3. II. 90	38,8		120			kein Albumin u.
11 Uhr	38,6					kein Zucker
2 „	39,3					im Harn.
5 „	39,5					
8 „		38,7		100	1	
4. II. 90	37,2		88			Natr. salicyl.
11 Uhr	38,2					
2 „	37,9				1	
5 „	37,7					
8 „		38,0		88		

in ano gemessen

Datum u. Stunde.	Temperatur. M.	A.	Puls M.	A.	Stuhl	Bemerkungen.
5. II. 90.	37.1		88			Acid. mur. 2:120
$10^1/_2$ Uhr.	37,0					3mal tgl. 1 Ess-
2 „	37,3				1	löffel n. d. Essen
5 „	37,3			88		
6 „	39 2 in ano	38,4				
6. II. 90.	37,8		96			
2 Uhr.	38,4				1	
5 „		38,1		96		
7. II. 90.			104			
8 Uhr	37,2					
11 „	37,3				1	
2 „	37,4					
5 „	38,1					
8 „		37 4		112		
8. II. 90.			104			
8 Uhr	37,4				1	
11 „	37,7					
2 „	37,5					
5 „	37,7					
8 „		37,5		96		
9. II. 90.			80			
8 Uhr	36,8					
11 „	36,9					
2 „	36.7			80	1	
5 „	37,4					
8 „		37,2				
10. II. 90.						
8 Uhr	37,0		80		1	
11 „	37.1					
2 „	36,9					
5 „	37,4			80		
11. II. 90.						
8 Uhr	36,7		88			
2 „	36,8	37,3			1	
12. II. 90.	36,8	37.2	88	88		Gewicht $50^1/_2$
13. „ „	37 3	37,3	104	88		
14. „ „	37,6	38,8	120	104	1	
15. „ „	38,4	39,3	136	128		Natr. salicyl. 2mal 10
16. „ „	38,2	39,2	128	104	2	Natr. salicyl. 3mal 40
17. „ „	37,6	38,8	120	96		kein Albumin im Urin
18. „ „	37,3	38,4	80	96	1	

Datum u. Stunde.	Temperatur. M.	Temperatur. A.	Puls M.	Puls A.	Stuhl	Bemerkungen.
19. II. 90.	36.3	37,5	88	80	1	
20. „ „	36,5	37.6	80	72	1	
21. „ „	36,1	37,6	88	80	1	
22. „ „	36 8	37.4	88	88	1	Gewicht 55
23. „ „	37,1	37,2	88	96	1	
24. „ „	37,1	37.5	72			
25. „ „	37,1	37 1	96		1	
26. „ „	36,9		88		1	

VII.

Mechthildis L. aus Pützchen erschien am 20. VI. 90 in der Ambulanz.

Die Eltern des Kindes leben und sind gesund, ebenso das jüngere Schwesterchen.

Seit ungefähr 2 Monaten klagt die Kleine häufig über Schmerzen im Leibe, welche besonders häufig Nachts auftraten, und derentwegen sie sich mitunter den Bauch halte Dazu habe das Kind viel geschrien, während es in der Zwischenzeit auffallend still und ruhig gewesen sei. Es sei zuweilen Erbrechen aufgetreten, welches sich besonders morgens und nach dem Essen eingestellt habe, ebenso seien wiederholt Diarrhoen vorhanden gewesen. Das Kind habe vielfach gefiebert, einen heissen Kopf gehabt und erhöhtes Durstgefühl gezeigt, während die Esslust abgenommen habe. Der Leib sei in den letzten Wochen auffallend stark geworden, das Kind habe aber auch vor einem guten halben Jahr schon einmal einen dicken Leib und geschwollene Beine gehabt.

Des Status praesens ergiebt ein blasses, anämisches, nicht sehr wohl genährtes Kind ohne jede Oedeme.

Am Herzen lässt sich nicht Abnormes nachweisen. Auf den Lungen besteht leichte Bronchitis.

Das Abdomen ist stark aufgetrieben, misst an Umfang in Nabelhöhe gemessen 54 cm zu einem Brustumfange von 49 cm. Bei horizontaler Rückenlage sind die seitlichen Partien des Unterleibes nach aussen gedrängt, die venae epigastricae zu beiden Seiten deutlich sichtbar. Die Bauchdecken sind nicht stark

gespannt. Die Palpation des Abdomens ergiebt keine pathologische Veränderung, namentlich ist die Leber nicht palpabel und nirgendwo eine Härte durchzufühlen, ebensowenig zeigt sich eine erhöhte Schmerzhaftigkeit bei Druck auf das Abdomen. Der Nabel ist ein klein wenig vorgetrieben. Beim Anschlagen lässt das Abdomen sehr deutlich Fluctuationsgefühl erkennen. Bei der Percussion ergiebt sich eine deutliche Dämpfung in den Seitenpartien des Leibes, welche beiderseits bis zur Parasternallinie reicht. Bei linker Seitenlage hellt sich rechts ziemlich schnell alles auf, wogegen links eine deutliche Zunahme der Dämpfung bis über den Nabel zu constatieren ist. Bei Lagewechsel tritt auf der linken Seite keine volle Aufhellung ein, es bleibt der Schall schwach tympanitisch, während rechts die Dämpfungsgrenze näher an den Nabel herantritt. Beim Stehen wölben sich die unteren Partien des Abdomens stark hervor, die Dämpfung reicht bis etwas über den Nabel und steigt beim Bücken bis stark 1 Fingerbreit über den Nabel empor. Die Milz zeigt sich nicht vergrössert.

Temp. 38,5. Urin eiweissfrei; spec. Gew. 1022. Ord. Sol. Natr. salicyl. 2,0 : 100,0; Syr. simpl. 13,0. 3 mal täglich ein Esslöffel.

24. VI. Status idem. Temp. 37,9. Das Kind sieht etwas besser aus und ist auch munterer, die Schmerzen sollen nachgelassen haben, doch bestehen noch leichte Diarrhoen. Der Gebrauch von Natr. salicyl. wird fortgesetzt; gegen die Durchfälle Acid. tannic.

Die Zeichen der Bronchitis sind ganz geschwunden.

26. VI. Der Umfang des Abdomens misst 56 cm., der Flüssigkeitserguss scheint etwas stärker geworden, dagegen haben die Schmerzen nachgelassen, Erbrechen hat sich nicht mehr gezeigt, und das Kind zeigt ein besseres Aussehen. Die Diarrhöen haben aufgehört, Esslust etwas besser.

1. VII. Das Allgemeinbefinden ist ein offenbar besseres. Das Kind klagt nicht mehr über Schmerzen, die Stuhlentleerung ist regelmässig, der Flüssigkeitserguss ins Abdomen erscheint etwas geringer, ist aber noch deutlich durch die Percussion und das Fluctuationsgefühl zu erkennen. Bei Lageveränderung tritt wie auch früher, im Gegensatz zu rechts, links keine vollständige Aufhellung ein.

Am 9. VII. wird das Kind nochmals vorgeführt, es soll bereits viel wohler gewesen sein, aber seit einigen Tagen habe es sich wieder sehr hängen lassen. Temp. 40 0. Leichte Conjunctivitis, Schnupfen lassen den Ausbruch von Morbilli vermuten. Der Befund am Abdomen ist nicht erheblich verändert, eher aber eine Abnahme als ein Anwachsen des Exsudates zu constatieren.

Am 10. VII. Ist der Ausbruch des Exanthems erfolgt.

Die Drucklegung dieser Arbeit verhindert leider weitere Mitteilungen und muss daher von einer Verfolgung des weiteren Verlaufes an dieser Stelle Abstand genommen werden.

An der Hand vorstehender sowie einer Anzahl weiterer Fälle, welche Herr Professor Ungar bereits vorher beobachtet hatte, wollen wir unter Berücksichtigung der in der Litteratur niedergelegten einschlägigen Fälle versuchen, ein gedrängtes Krankheitsbild der Peritonitis idiopathica chronica resp. subacuta bei Kindern zu entwerfen.

Der Beginn unserer Krankheit ist offenbar ein allmählicher und schleichender, sodass in der Regel kein bestimmter Zeitpunkt zu ermitteln ist, von welchem an der krankhafte Prozess zu datieren sein dürfte.

Unsere Fälle wurden uns alle erst vorgeführt, nachdem die Erkrankung augenscheinlich schon eine gewisse Zeit bestanden hatte. Wenn in einigen der Fälle von Seiten der Angehörigen der Beginn der Krankheit auf einige Tage vorher gelegt wurde, so ist dabei zu berücksichtigen, dass zumal bei Kindern eine sich langsam entwickelnde Krankheit erst dann bemerkt wird, wenn sie bereits eine gewisse Höhe erreicht hat. Nur in dem

einen unserer Fälle (Nr. 2), wo der Knabe eine Treppe auf und abgezogen worden war, scheint ein akuterer Anfang gewesen zu sein.

Wenn Wolff und Galvagni ein Stadium der Prodrome und der Exsudation annehmen, so mag dies theoretisch ja seine Richtigkeit haben, in der Praxis aber werden sich diese beiden Stadien nicht scharf von einander trennen lassen und wird die Krankheit in der Regel erst dann Gegenstand ärztlicher Behandlung werden, wenn die Exsudation bereits eingetreten ist.

In vielen der Fälle sind es die Klagen der Kinder über Leibschmerzen, welche zuerst die Aufmerksamkeit auf sich lenken. Diese Schmerzen pflegen in der Regel keine besonders grosse Heftigkeit zu erreichen. Sie sind nicht beständig, sondern treten mehr zeitweise auf, ohne dass sich eine bestimmte Ursache hierführ ermitteln liesse. Doch scheint mitunter auch Bewegung den Schmerz hervorzurufen. So giebt der Knabe W. (Nr. IV) an, dass er besonders beim Sitzen und Aufstehen die Schmerzen gefühlt habe. Auch Vierordt erwähnt, dass in einigen Fällen, die Patienten angaben, bei stärkeren Bewegungen grössere Schmerzempfindungen gehabt zu haben, während Galvagni angiebt, dass dieselben sich auf Druck und bei Beugen des Rumpfes verminderten. Die Schmerzen können jedoch, ganz abgesehen, dass sie von jüngeren Kindern nicht geklagt werden können, in manchen Fällen durchaus fehlen, wie auch Wolff und Vierordt ähnliche Fälle berichten. Es kommt jedoch auch vor, dass die Schmerzen, welche ursprünglich bestanden, schon im Verlaufe der Krankheit nachlassen, zeitweise ganz verschwinden, um sich dann eines Tages wieder einzustellen (Nr. I). Bei anderen Kindern, namentlich bei kleineren sind es Appetitlosigkeit, welche die Ange-

hörigen eine Krankheit vermuten lassen. Ueber dieses Symptom wurde in den meisten unserer Fälle geklagt, in andern Fällen wieder bewogen Diarrhoeen oder schlechtes Aussehen der Kinder die Eltern ärztliche Hülfe in Anspruch zu nehmen.

Die Beobachtung, dass der Leib an Umfang zugenommen habe, bildete eigentlich nur verhältnissmässig selten einen Beweggrund, die Kinder vorzuführen. In den meisten Fällen war dieses Symptom gar nicht aufgefallen, sondern die Anschwellung des Bauches blieb vielmehr, zumal sie ja allmählich und langsam erfolgte, dem Kranken selbst und seiner Umgebung unbemerkt, wurde aber vielfach zugegeben, als direkt darauf aufmerksam gemacht wurde. Vielfach wurde auch geantwortet, das Kind hätte schon von Jugend auf einen dicken Bauch gehabt, weshalb die Eltern dieser Erscheinung keine grössere Beachtung geschenkt und keine schlimmere Bedeutung beigelegt hatten. Die Zunahme des Leibesumfanges ist nun auch in der That nicht stets eine so hochgradige und wird es auch im weiteren Verlauf der Erkrankung nicht, dass sie dem Laien oder dem nicht auf dieses Symptom achtenden Arzt sofort in die Augen fallen muss, während sie in anderen Fällen dagegen mitunter eine so grosse ist, dass sie schon bei nicht entkleideten Kindern bemerkbar macht. Eine genauere Betrachtung derselben lässt aber, wenn die Krankheit schon einige Zeit bestanden hat, eine deutliche Verwölbung besonders der unteren Partieen des Abdomens erkennen. Hier kann auch zuweilen eine Erweiterung der Venae epigastricae, sowie ein Verstrichensein, oder auch eine Hervortreibung des Nabels constatiert werden.

Durch die Palpation lässt sich in der Regel nur ein etwas stärkeres Gespanntsein des Abdomens erkennen.

Fluctuation, und einmal nicht besonders deutliche, konnten wir nur in 2 Fällen nachweisen, während Wolff freilich fast immer deutliches Fluctuationsgefühl bemerkt haben will. Es scheint bei Kindern überhaupt nicht so häufig angetroffen zu werden, da auch Vierordt in seinen Kinderfällen nur einmal erwähnt, dass er eine kurze Welle beim Anschlagen gefühlt habe. Tumoren, festere Stränge oder nur vermehrte Resistenzen nachzuweisen gelang uns nicht, während andere Autoren wie Galvagni und Vierordt sie öfters, aber doch wohl vorwiegend bei Erwachsenen beobachtet haben. So finden wir bei Vierordt bei seinen 13 Kinderfällen nur einmal einen ausgesprochenen Tumor und in 3 weiteren Fällen harte Knoten und Stränge und diffuse ungewisse vermehrte Resistenzen, welche im weiteren Verlaufe der Erkrankung teilweise wieder zurückgehen, notiert, während in den übrigen Fällen Abnormes sich nicht constatieren liess. Bei demjenigen Falle von Henoch, der zur Section gelangte, und bei dem festere Tumoren, welche intra vitam die Diagnose auf Sarcome hervorgerufen hatten, palpiert werden konnten, ist zu berücksichtigen, dass es sich hier um einen Fall handelte, in welchem ein nachweisbares heftigeres Trauma die Veranlassung zu der Erkrankung gegeben und diese letztere einen mehr akuteren Verlauf genommen hatte. Die Annahme, dass es sich bei der uns beschäftigenden Krankheit um ein mehr seröses oder serös-fibrinöses Exsudat als wie rein fibrinöses handelt, macht es uns verständlich, dass es nicht so leicht zur Bildung festerer und umfangreicherer durch die Palpation nachweisbarer Exsudatablagerungen kommt.

Den wichtigsten Aufschluss über das Vorhandensein eines Flüssigkeitsergusses im Abdomen giebt uns

die Perkussion. Der Nachweiss eines nicht besonders beträchtlichen Ergusses kann jedoch mit Hilfe der Perkussion nur dann geliefert werden, wenn man nicht vergisst, dass es sich um Untersuchung am kindlichen Abdomen handelt und gewisse zu berücksichtigende Cautelen hierbei nicht ausser Acht lässt. Führt man den Perkussionsschlag allzustark aus, so wird man leicht eine bei leiserem Perkutieren deutlich hervortretende Dämpfung vermissen. Auch wird man einen hell tympanitischen Schall dann vorfinden, wenn man den aufgelegten Finger oder das Plessimeter allzutief, z. B. in der Stärke wie man es am Erwachsenen gewohnt ist, eindrückt. Bei der Dünne und Nachgiebigkeit der Bauchwandung wird gar zu leicht ein Einsinken des Fingers und eine Verdrängung der Flüssigkeit an dieser Stelle erfolgen, sodass der Perkussionsschall mehr die näher gerückten Darmschlingen erreicht und so einen tympanitischen Schall hervorruft. Bei nicht gerade bedeutendem Erguss ist in horizontaler Rückenlage die Dämpfung keine so ausgedehnte und intensive, dass sie sofort sicheren Aufschluss über den Inhalt des Abdomens böte. Man kann dieselbe deutlicher hervortreten lassen durch Beckenhochlagerung, bei welcher die bis dahin im kleinen Becken angesammelte Flüssigkeit mehr in die seitlichen Partieen des Abdomens einfliesst. Bei Knieellenbogenlage oder beim horizontalen Emporhalten der kleineren Kinder mit nach abwärts gerichtetem Bauche lässt sich alsdann ebenfalls auch ein geringerer Flüssigkeitserguss, der sich in der tiefliegenden Seite resp. in der Gegend des Nabels ansammelt, leichter nachweisen. Recht gut sind auch solche spärlichen Ergüsse in aufrechter Körperhaltung festzustellen, denn in dieser erscheint dann die Dämpfung mit zum Erdboden paralleler oberer

Grenze, die um so höher steigt, je weiter man den Rumpf vornüber beugen lässt, um sofort zu sinken oder ganz zu verschwinden, wenn man den Rumpf wieder strecken oder die horizontale Rückenlage wieder einnehmen lässt. Da die Flüssigkeit im Abdomen gewöhnlich frei beweglich und nur ausnahmsweise einmal abgekapselt erscheint, wie es einmal Vierordt in seinen Fällen annimmt, so sinkt sie bei Lagerung auf die Seite in die tieferliegenden Partieen, woselbst sich alsdann eine stärkere Ausbreitung des dumpfen Perkussionsschalles nachweisen lässt, während auf der höher gelegenen anderen Seite der Ton ein hellerer wird. Dieser Wechsel im Perkussionsschall tritt jedoch meist nicht so rasch ein, als wie es bei einem rein serösen, dünnflüssigen Exsudate der Fall ist. Es können mitunter Minuten vergehen, bis sich die Aufhellung auf der einen Seite vollzogen hat und dafür die Dämpfung auf der Gegenseite sich eingestellt hat. Bei nur flüchtiger Untersuchung wird deshalb gar zu leicht das Eintreten des Schallwechsels nicht constatiert werden können. Nicht immer hellt sich auch trotz längeren Abwartens an der höher gelegenen Seite der Schall vollkommen auf, es bleiben vielmehr kleinere oder grössere Partieen daselbst gedämpft. Verklebungen und Exsudatablagerungen sind wahrscheinlich die Ursache dieser Erscheinungen. Die Perkussionsresultate sind wie auch aus den einzelnen Krankengeschichten hervorgeht, sehr wechselnde, was wohl nur so zu erklären ist, dass verhältnismässig rasch eine Resorption, rasch jedoch aber auch wieder ein Anschwellen der Flüssigkeit eintreten kann. Bemerkenswert ist auch, dass wie Vierordt hervorhebt, an der Stelle, wo das colon ascendens oder descendens sich befindet, tympanitischer Schall bleiben kann.

Von anderweitigen krankhaften Symptomen wäre zunächst das Fieber zu erwähnen. Fieberbewegung scheint in der Mehrzahl der Fälle zu bestehen, ohne dass jedoch die Temperatursteigerung höhere Grade erreichte oder mit einer gewissen Regelmässigkeit verliefe. So sahen wir auch in unseren Fällen an einigen Tagen leichtere Temperatursteigerung, die wieder an anderen Tagen fehlte. So hohe Temperaturen wie bei dem Kinde G. (Nr. VI), welche zeitweise in der Klinik beobachtet wurde, scheinen in unseren anderen Fällen nicht vorhanden gewesen zu sein. Wie Vierordt vermissten auch wir in dem einen oder anderen Falle überhaupt eine Fieberbewegung, sodass ein constantes Verhalten in dieser Beziehung nicht festzustellen ist. Doch fehlen uns über den Verlauf des Fiebers in den ambulatorisch behandelten Fällen freilich genauere und ununterbrochene Beobachtungen, da wir nicht in der Lage waren regelmässige Messungen vorzunehmen.

Ebenso wenig waren wir in der Lage, regelmässige Untersuchungen des Urins inbezug auf Quantität und Qualität machen zu können und so etwa uns ein eigenes Urteil über die Berechtigung der Annahme Vierordts zu bilden, dass die Quantität der Harnsekretion ein unmittelbar greifbarer Anhaltspunkt für die Beurtheilung der Frage abgeben könne, ob sich das Exsudat im Zustande des Wachsens oder des Abnehmens befinde. Eiweiss war bei keinem unserer Fälle im Urin nachzuweisen.

Zuweilen wurde auch von leichten Diarrhoeen berichtet, welche die Kinder gehabt hätten, ohne dass dieselben jedoch irgend etwas charakteristisches gezeigt hätten. Umgekehrt scheint auch die ganze Erkrankung mit Stuhlverstopfung einhergehen zu können. Wir müs-

sen also auch mit Wolff und Vierordt annehmen, dass in dieser Beziehung kein constantes Verhalten besteht.

Im Verlauf der Krankheit tritt wohl stets eine gewisse Abmagerung ein, jedoch ist dieselbe selten eine besonders hochgradige. Meist bleibt der Ernährungszustand verhältnismässig ein nicht ungünstiger, die Gesichtsfarbe der Kinder wird meist eine etwas blasse und anämische. Von dem eigentümlichen Gedunsensein der Nasenwurzel, das Wolff beschreibt, haben wir in unseren Fällen nichts bemerken können.

Was nun den Verlauf der Erkrankung angeht, so war derselbe in unseren Fällen meist ein viel weniger lang andauernder als ihn Galvagni in seinen Fällen als Regel angiebt, welcher auf das Stadium der Exsudation 55 Tage, auf das der Resorption 32 Tage rechnet. In unseren Fällen war die Dauer eine viel kürzere indem sich der Krankheitsprozess in 1—2 Monaten abspielte. Ob hier die von uns angewandte Therapie von günstigem Einflusse war, wollen wir dahingestellt sein lassen. Ist einmal Resorption eingeleitet, so kann sich offenbar sehr rasch der Flüssigkeitserguss verringeren und so schon in einigen Tagen dem Nachweise vollständig entziehen. Gleichzeitig mit dem Aufsaugen des Ergusses pflegt sich das Allgemeinbefinden zu bessern und stellt sich namentlich der bis dahin darniederliegende Appetit wieder ein. Im Stadium der Resorption sind die Schmerzen fast vollständig geschwunden, und treten nur hie und da noch einmal spontan auf. Die Kinder erholen sich verhältnissmässig rasch. Schon nach Ablauf einer Woche lässt ihr Aussehen und ihr ganzes Wesen nicht mehr erkennen, dass sie eine derartige Erkrankung hinter sich haben.

Ein ungünstiger Ausgang scheint bei unserer Krankheit zu den Ausnahmen zu gehören, sodass die Prognose eine sehr günstige zu nennen ist. Wir sahen keinen Fall letal verlaufen. Vierordt spricht bei seinen Kinderfällen nur einmal von einem $1^1/_2$ Jahre nach der Entlassung aus der Klinik erfolgten Tode; es war in diesem Falle der Erguss zur Zeit der Entlassung in der Bauchhöhle nicht mehr vorhanden, so dass es immerhin zweifelhaft ist, ob bei dem späteren Tode der früheren Peritonitis die Schuld beizumessen sei. Genaueres über die Todesursache konnte nicht eruiert werden. Wenn Henoch von einem Todesfall berichtet, so ist hierbei zu bemerken, dass es sich in diesem um eine durch ein heftiges Trauma hervorgerufene akutere Entzündung gehandelt hat, wobei es zur Ausschwitzung weit verbreiteter fibrinöser Massen gekommen war. Dass aber andererseits noch eine vollständige Heilung in höchst schweren Fällen, bei denen die Hoffnung auf Rettung schon aufgegeben worden war, möglich ist, beweist ein anderer Fall Henochs, der, wie oben bereits erwähnt, trotz grösserer Consumptionserscheinungen und heftigerem Fieber, welche die Annahme einer tuberkulosen Affektion nahe legten, mit völliger Genesung endigte. Recidive scheinen bei dieser Krankheit ebenfalls vorzukommen, da fast alle Autoren bei ihren Fällen auch von Recidiven berichten, wie auch wir in der Lage waren einmal ein Recidiv zu beobachten (Fall Nr. V.).

Complikationen der Krankheit zu beobachten, hatten wir keine Gelegenheit, während Vierordt, Galvigni, Bäumler, Stiller, Schmidt von gleichzeitigem Erguss in andere seröse Höhlen als Complikation berichten. So kam besonders häufig eine Pleuritis exsudativa vor, welche Galvagni in 5 Fällen, 2mal rechts, 2mal links

und 1mal doppelseitig, Vierordt in 7 Fällen, 4mal rechts-, 3mal linksseitig, Bäumler in 2 Fällen, 2mal linksseitig u. s. w. beobachtet haben. Wir haben nur einmal (Fall Nr. III.) ein nicht einmal besonders deutliches pleuritisches Reibegeräusch gehört, welches nach ein paar Tagen aber wieder verschwunden war, ohne dass es zur Exsudatbildung gekommen war. Auch ein gleichzeitiges Bestehen einer Hydrocele hat Galvagni in 2 Fällen beobachtet, welche einmal doppelseitig war.

Sonst kam uns von Complikationen nur noch Bronchitis vor (Fall Nr. VII.).

Die Diagnose der vorliegenden Krankheit gründet sich natürlich hauptsächlich auf den Nachweis eines Flüssigkeitsergusses in das Abdomen, da dieser Erguss nicht immer ein so hochgradiger ist, dass die Zunahme des Bauchumfanges bei nicht entkleideten Kindern in die Augen fiele oder den Eltern bemerklich werden musste, so wird das Bestehen eines solchen Ergusses in vielen Fällen freilich nur dann erkannt werden, wenn direkt auf ihn gefahndet und bei der Perkussion die von uns oben näher auseinandergesetzten Cautelen beobachtet werden. Dazu kommt noch, dass der Arzt nicht in allen Fällen durch diesbezügliche Schmerzensäusserungen auf das Abdomen aufmerksam gemacht wird. Mancher der Fälle wird deshalb nur als solcher erkannt werden, wenn der Arzt nicht unterlässt auch bei anscheinend leichteren Erkrankungen eine eingehendere Untersuchung des ganzen Körpers vorzunehmen. Demjenigen welcher sich damit begnügt bei Klagen über Schmerzen, Diarrhoeen oder Störungen des Allgemeinbefindens ohne genauere Untersuchungen zu ordinieren, wird das Bestehen dieser Erkrankung gar zu leicht entgehen oder doch erst dann von ihm erkannt werden, wenn der Erguss

eine solche Ausdehnung erlangt hat, dass die Anschwellung des Abdomens eine geradezu auffällige geworden ist.

Inbetreff der Differentialdiagnose wäre hier namentlich zu unterscheiden zwischen unserer idiopathischen chronischen und der tuberkulösen Peritonitis. So dürfte bei unserer Form das Fehlen stärkerer Consumptionserscheinungen in Betracht kommen im Gegensatz zur tuberkulösen Affektion, bei welcher die Kranken immer durch Abmagerung, runzeliche fettarme und trockene Haut und hochgradiges blasses Aussehen auffallen werden. Fernerhin dürfte die Abwesenheit jeglicher hereditären Belastung, wie das Fehlen jeglicher Veränderungen in den einzelnen Organen, die irgendwie den Verdacht auf Tuberkulose oder scrophulöse Prozesse rechtfertigen könnten, zu Gunsten unserer Affektion nicht unerheblich in die Wagschale fallen. Mit voller Sicherheit wird sich freilich nicht stets in der ersten Zeit der Erkrankung das Bestehen einer tuberkulösen Affektion ausschliessen lassen. Oft wird erst der weitere Verlauf gestatten ein sicheres Urteil zu gewinnen. Bleiben auch bei längerem Bestehen des Ergusses stärkere Consumptionserscheinungen aus, so spricht dies zu Gunsten der Annahme, dass es sich hier nicht um eine tuberkulöse Erkrankung handelt. Der günstige Ausgang spricht natürlich erst recht dafür, da es, wie auch Vierordt, Henoch, Quincke u. A. behaupten, doch als Seltenheit betrachtet werden muss, wenn eine Tuberkulose des Bauchfells spontan wieder ausheilt und wieder völlige Genesung eintritt. Der Nachweis einer tuberkulösen Erkrankung in anderen Organen wurde natürlich von vornherein den Verdacht auf Tuberkulose bekräftigen. Ein wichtiges Unterscheidungsmittel kann sodann noch der Umstand gewähren, dass bei unserer Form der Peri-

tonitis Schmerzempfindung bei Druck auf das Abdomen nicht vorhanden zu sein pflegt, während dies bei tuberkulöser Peritonitis häufiger angetroffen wird. Sodann käme in Betracht die Differentialdiagnose mit Ascites. Hier kann schon die physikalische Diagnostik deutliche Unterscheidungsmerkmale gewähren. Dort wo Verwachsungen oder Verklebungen ein Ausweichen des Exsudates bei Lageveränderung verhindern oder doch erheblich verlangsamen, kann dies Verhalten als ein für Anwesenheit eines Exsudates und gegen Transsudat sprechendes Moment verwertet werden. Ein Transsudat sucht bei Lageveränderung überhaupt rasch die abhängigsten Partieen auf, während ein Exsudat nur langsam herabfliesst. Sodann wird man einen Ascites nur dann annehmen dürfen, wenn eine der bekannten Ursachen dafür sich nachweisen oder vermuten lässt. Derjenige Ascites, welcher Teilerscheinung eines allgemeinen Hydrops ist, wird hier wohl kaum in Frage kommen. Seine Unterscheidung kann nicht schwer fallen. Schwieriger kann die Unterscheidung unserer Krankheit mit einem nur durch Stauung im Pfortadersystem entstandenen Ascites werden, wie er z. B. bei interstitieller Hepatitis und namentlich Hepatitis syphilitica diffusa, wenn auch selten, im Kindesalter beobachtet wird. Ist die Flüssigkeitsansammlung nicht so gross, so wird man sich über das Verhalten der Leber informieren können. Sodann werden spontane Schmerzen im Abdomen, Fieberbewegungen, verhältnismässig günstiger Kräftezustand zu Gunsten unserer Erkrankung sprechen, während ein entgegengesetztes Verhalten und ikterische Hautfarbe eher an das Vorhandensein einer Leberaffektion denken lassen. Es wäre sodann der sogenannte primäre, idiopathische oder essentielle Ascites in Erwägung zu ziehen, wie man ihn früher

angenommen hat und dessen Vorkommen zumal von französischen Autoren wie Cruveilhier, Gureau, Gintrac, Debroise (1881) u. A. noch bis auf die neueste Zeit verteidigt wird. Als Ursachen für denselben hat man Erkältung, zu reichliches Trinken, Missbrauch von Abführmitteln und Ausbleiben der Menses oder gewohnter Haemorrhoidalblutungen angegeben. Mit Recht aber haben die meisten Autoren, denen wir durchaus beistimmen müssen, die Existenz dieser Erkrankung geleugnet und verworfen. So spricht Eichhorst (Lehrbuch der spec. Path. und Therap.) seine Ueberzeugung dahin aus, dass Ascites unter allen Umständen einen secundären Zustand darstellt und es sich in den Fällen, welche für die Annahme eines idiopathischen oder essentiellen Ascites zu sprechen schienen, um schleichende chronische Formen seröser Peritonitis gehandelt haben dürfte.

In therapeutischer Beziehung hat Galvagni als zweckmässigste Behandlung die exspectative empfohlen und vor allem Bettruhe und strenge Diät vorgeschrieben; sodann schlug er zur Unterstützung der Resorption Anregung der Diaphorese und Anwendung der Diuretica vor, später als Nachkur Eisen und Leberthran. Vierordt, der für ganz einfache Fälle von chronischer Peritonitis auch die Abhaltung von Schädlichkeiten und Bettruhe für genügend erachtet, empfiehlt ausserdem Priessnitzsche Umschläge, Cataplasmen. Ferner wandte er Einreibungen mit grauer Quecksilbersalbe an und will davon sehr gute Erfolge gesehen haben. In den oben von uns geschilderten Fällen ordinierten wir, wenn die Kinder in unsere Behandlung traten, ausser Bettruhe und diätetischen Vorschriften den Gebrauch von Natrium salicylicum. Ausgehend von der Erfahrung, dass dieses

Mittel sich bei entzündlichen Prozessen der serösen Häute, z. B. bei denen der Pleura wirksam erweist, schien es uns angezeigt, dieses Mittel auch bei der vorliegenden Erkrankung zu versuchen. Wir haben den Eindruck gewonnen, als werde durch dasselbe in der That der Krankheitsprozess günstig beeinflusst. Die Schmerzhaftigkeit schien verhältnismässig rasch nachzulassen, das Fieber zu schwinden und der Erguss nicht weiter zuzunehmen.

Wenn einige unserer Fälle in verhältnismässig kürzerer Zeit als sie der von anderen Autoren angegebenen Krankheitsdauer entspricht, zur Heilung gelangten, so durfte dieser Erfolg vielleicht der günstigen Wirkung des Natrium salicylicum zuzuschreiben sein. Bei dem Kinde G., welches in der Klinik lag, liess sich freilich ein derartig günstiger Einfluss nicht konstatieren. Nicht unberücksichtigt darf jedoch dabei bleiben, dass auch bei den von Wolff hier in Bonn beobachteten Fällen die Dauer der Erkrankung eine verhältnismässig so kurze war, welcher den ganzen Krankheitsprozess in 2, höchstens 4 Wochen sich abspielen sah.

Ob Priessnitz'sche Einwickelungen und Cataplasmen den Prozess, solange es sich noch um das Stadium der Exsudation handelt, günstig beeinflussen, erscheint uns zweifelhaft, fast gewannen wir den Eindruck als werde durch dieselbe die Exsudation sogar begünstigt. Wie Galvagni und Vierordt schien es auch uns angezeigt, im Stadium der Resorption Jodeisen in Anwendung zu bringen und wir haben gute Erfolge gesehen. Zur Paracentese des Abdomens sahen wir uns in keinem unserer Fälle veranlasst und können Galvagnis Ansicht beipflichten, dieselbe solle reserviert bleiben für Fälle von sehr massigem Exsudat.

Inbetreff der pathologischen Anatomie unserer Erkrankung ist bis jetzt kaum etwas Zuverlässiges bekannt geworden. Bei dem gutartigen Charakter derselben sind nur vereinzelte Obductionen gemacht worden resp. bekannt geworden, wovon nur eine bei einem Kinde, nämlich in einem von Henoch mitgetheilten Falle. Da sich dieser Fall schon durch die Tumorenbildung von den von anderen Autoren beschriebenen, wie von den von uns beobachteten Fällen wesentlich unterscheidet, so erscheint es auch nicht angängig, aus ihm allein ein Bild der pathologischen Anatomie unserer Erkrankung zu construieren. Spätere Erfahrungen müssen hier weiteren Aufschluss verschaffen.

Es wäre nun noch kurz die Aetiologie der uns hier beschäftigenden Krankheit zu besprechen. Galvagni hat für Mehrzahl seiner Fälle eine vorausgegangene Erkältung besonders Durchnässung, als Entstehungsursache angenommen. Für keinen unserer Fälle liessen sich bestimmte Momente eruieren, aus denen ein derartiger ursächlicher Zusammenhang sich ergeben hätte Henoch und Vierordt haben für je einen Fall Trauma als Ursache angeführt. Auch in einem unserer Fälle, (Nr. II.) war der Knabe einer Behandlung ausgesetzt gewesen, welche wohl geeignet war, eine traumatische Einwirkung auf das Abdomen auszuüben. Sodann hält es Vierordt auch noch für möglich, dass Typhus und Masern diese Form der Peritonitis im Gefolge haben können, wie auch Quincke einen Fall nach Masern anführt. Anderweitige Ursachen für die Erkrankung waren in unseren Fällen nicht zu ermitteln, dass sich in den meisten Fällen eine bestimmte Aetiologie nicht nachweisen lässt, kann kaum auffallend erscheinen, wenn man berücksichtigt, dass man für die meisten Fälle von

Pleuritis eine bestimmte Aetiologie nicht aufzufinden vermag.

Zum Schlusse wäre noch die immerhin auffallend erscheinende Thatsache zu besprechen, dass wir in verhältnismässig kurzer Zeit eine solche Anzahl von Fällen der doch als selten geltenden Krankheit beobachten konnten. Waren auch bereits früher derartige Erkrankungsfälle nicht selten in der Kinderpoliklinik beobachtet worden, so schien sich doch in der That die Fälle im Herbste 1889/90 in auffallender Weise zu häufen. Es erinnert dies an die Beobachtungen von Wolff, der ja ein so häufiges Vorkommen hier in Bonn beobachtete, wie denn auch Vierordt den Eindruck gewonnen hat, dass diese Form der chronischen Peritonitis in der Tübinger Gegend verglichen mit anderen Gegenden häufiger zur Beobachtung gelange. Vielleicht wird man auch in anderen Gegenden das Vorkommen dieser Form der Peritonitis bei Kindern häufiger beobachten, wenn man erst beginnt, mehr auf dieselbe zu achten.

Am Schlusse meiner Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht meinem hochverehrten Lehrer Herrn Professor Dr. Ungar für die gütige Ueberlassung des Themas sowie für die freundliche und liebenswürdige Unterstützung bei der Anfertigung der Arbeit meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

VITA.

Geboren wurde ich, Max Gustav Eduard Erich Hans Broeking, evang. Conf. am 11. März 1867 zu Dortmund in Westfalen, als Sohn des verstorbenen Badearztes zu Soden (a. Taunus) Dr. Eduard Broeking und der verstorbenen Mathilde Broeking geb. Hollmann. Den ersten Unterricht genoss ich im Sommer in der Schule zu Bad Soden, im Winter, wo meine Eltern in Italien, in Pisa und San Remo weilten, im elterlichen Hause. Im Herbst 1876 kam ich nach Wiesbaden und besuchte dort zuerst die Vorbereitungsschule, dann von Ostern 1877 an das humanistische Gymnasium daselbst, welches ich zu Ostern 1886 mit dem Zeugnis der Reife verliess.

Zu Ostern 1886 wurde ich an der hiesigen Universität bei der medicinischen Facultät immatriculiert und verbrachte hierselbst meine drei ersten Studiensemester. Im Herbst 1887/88 bezog ich die Universität Würzburg, woselbst ich bis Herbst 1888/89 studierte und im März 1888 mein tentamen physicum bestand. Im Herbst 1888/89 kehrte ich nach Bonn zurück, um meine Studien zu vollenden.

Das Examen rigorosum bestand ich am 7. März 1890.

Während meiner Studienzeit waren meine akademischen Lehrer die Herren Professoren und Dozenten:

In Bonn: Binz, Clausius†, Finkler, Geppert, Kekulé, Kocks, Koester, Müller, Nussbaum, Pflüger, Ribbert, Saemisch, Schultze, Strasburger, Trendelenburg, Ungar, von la Valette St. George, Veit, Witzel.

In Würzburg: Decker, Fick, Kohlrauch, von Köllicker, Leube, Matterstock, Rindfleisch, Semper.

Allen diesen hochverehrten Herrn spreche ich hiermit meinen herzlichsten Dank aus.

THESEN.

1. Es giebt eine idiopathische chronische Form der Peritonitis mit serös-fibrinösem Exsudat, welche im Kindesalter häufiger zu sein scheint.

2. Cariöse Zähne bilden bei Kindern vielfach die Ursache chronischer Lymphadenitis der submaxillaren Drüsen.

3. Bei pathologischen Gährungs- und Zersetzungs-Prozessen im Darme ist Naphthalin ein vorzügliches Heilmittel.